

# Die Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und den Suchtfachstellen<sup>1</sup>

von Andreas Manz

Ein Konzept-Vorschlag zur Verbesserung der Situation, gerichtet an die Hausärzte des Kantons Baselland.

Die Zusammenarbeitsproblematik zwischen Ihnen und vorhandenen Fachstellen ist facettenreich. Eine Analyse von ihr erfordert eine Betrachtung von verschiedenen Standpunkten aus. Im Folgenden versuche ich, meine Sicht, welche ich als Arzt der CIKADE, der Psychiatrischen Klinik Liestal und der EPD-Bruderholz in den letzten Jahren gewonnen habe, zu formulieren. Ich möchte Sie bitten, diese Sicht zu kritisieren oder zu ergänzen.

## a) Psychiatrische Klinik Liestal (KPK)

Sie haben einen Süchtigen in Ihrer Sprechstunde, entweder als akuten Notfall oder im Rahmen einer Begleitung seit längerer Zeit. Aus Ihrer Sicht drängt sich nun eine konkrete Massnahme auf, bei welcher Sie eine Fachstelle benötigen. Entweder ist es bereits klar, dass eine Entziehung erfolgen muss, oder dass in undefinierter Art im gegenwärtig bestehenden Druck "irgend etwas geschehen muss" und Sie das "Irgend etwas" zu einer konkreten Massnahme formulieren müssen, z.B. eine Entziehungskur. Nun wollen Sie den Patienten der KPK überweisen und die KPK will am Telefon bei Ihnen die Indikation abklären. Sie ist nicht vorbehaltlos bereit, Ihre Indikation anzuerkennen und setzt evtl. sogar Bedingungen. Sie können damit das Problem nicht flüssig lösen, der Prozess kommt ins Stocken, Ärger entsteht. Die KPK können Sie nicht als Ihren Partner identifizieren.

In der Sicht der KPK sieht es wohl etwa so aus: Sie ist mit Ihrer Einweisung konfrontiert, deren Indikation sie in ihrer Entstehungsgeschichte nicht komplex genug sehen kann. Zweifel kommen auf, ob das Entzugsvorhaben gut genug vorbereitet ist, damit der beidseits erhoffte Erfolg auch möglich wird. Sie sieht aus Erfahrung vor sich, dass sie in einer Drucksituation einen Suchtpatienten übernimmt, bei dem sich dann der vorhandene Druck ganz rasch abbaut und er gar nichts zu begreifen gewillt ist. Er wird wieder austreten und mit dem Entzug lediglich sich und seine Umgebung oberflächlich zufrieden gestellt wissen. Er wird mit seiner Sucht fortfahren, ohne dass er sich in eine ambulante Suchthilfe einbinden liess, die längerfristig den Erfolg ermöglichen könnte. Die KPK weiss, dass die Vorbereitung der Hospitalisation meist entscheidender ist als die Hospitalisation selber. Sie weiss, dass wirksame Abmachungen in der Drucksituation vor dem Entzug getätigt werden müssen, soll sie nach dem Entzug das weitere Geschehen mitprägen können.

Hier treffen sich zwei einfühlbare Standpunkte nicht. Das hat zur Folge, dass Sie in der KPK keinen valablen Partner finden und die KPK von Suchtpatienten weniger benutzt wird, als dies vom Ausmass der Problematik her notwendig wäre.

Mich interessiert nun, was Sie zu folgendem Vorschlag denken:

---

<sup>1</sup> Dieses Konzept habe ich am 28.02.88 im Rahmen einer Studie über die Suchthilfe in der Region Basel (FAD-Studie) ausgearbeitet und einem Fragebogen an die Hausärzte beigelegt.

Offenbar fehlt zwischen Ihnen und der KPK eine taugliche Schnittstelle<sup>2</sup>, die eine rasche Lösung ermöglicht (was Ihrem Bedürfnis entspricht) und trotzdem die Vorbereitung der Entzugsbehandlung zulässt (was der Anteil der KPK zur Problemlösung darstellt).

Die KPK könnte ihren Suchtberatungsdienst insofern ausbauen und nach Aussen öffnen, sodass sie wie von Ihnen erwartet bedingungslos alle Süchtigen, die Sie zuweisen möchten, entgegennehmen kann. Der Suchtberater würde dann in vorerst ambulanter Weise die notwendige Abklärung durchführen und Ihnen momentan den Patienten abnehmen. Falls gewünscht, würde er das Erstgespräch auch bei Ihnen in Ihrer Praxis durchführen. Er würde die geplante Entzugsbehandlung vorbereiten und sogleich stationär einleiten oder mit dem Patienten und seinem Umfeld versuchen, die Voraussetzungen für eine spätere Entzugsbehandlung zu erarbeiten.

Begründung, weshalb eine solche Triageeinrichtung nicht den bestehenden Alkoholberatungen angehängt werden kann, deren Angebot bereits heute eine solche Zuweisung zur Entzugsabklärung und -vorbereitung ermöglicht: Ich nehme an, dass Sie in vielen Drucksituationen klar die Indikation zu einer Hospitalisation stellen. Nach Ihrer Beurteilung gehört der Patient in die Klinik. Ambulante Massnahmen stehen dann nach Ihrer Einschätzung nicht im Vordergrund. Deshalb ziehen Sie zu diesem Zeitpunkt die Alkoholberatungsstelle nicht in Betracht. Das drängende Umfeld stellt sich auch nicht eine Zuweisung an eine andere ambulante Stelle vor. Es hat sich ja bereits an seinen Hausarzt gewendet. Deshalb sollte die KPK als klinische Instanz mit den klinischen Valenzen im Hintergrund die bedingungslose Zuweisung ermöglichen, auch wenn sich erfahrungsgemäss oft herausstellt, dass der momentane Hilfeweg noch ambulant weitergehen muss, bis eine Grundlage für eine stationäre Behandlung erarbeitet worden ist. Der Suchtberatungsdienst der KPK kann dann je nach Beurteilung den Eintritt organisieren oder den zuständigen Berater der Alkoholberatungsstelle beiziehen und den Patienten mit ihm verknüpfen.

### **b) Externer Psychiatrischer Dienst (EPD)**

Die Zuweisung von Ihnen an die EPD macht sicher oft Schwierigkeiten, da die EPD sich nicht als die dazu zuständige Fachstelle betrachtet. Die EPD sehen in den Alkoholberatungsstellen die primäre Fachstelle.

### **c) Alkoholberatungsstellen und Drop-In**

Ich denke, dass Sie als Hausarzt diese Fachstellen noch in viel höherem Masse nutzen und belasten können, als dies gegenwärtig geschieht. Eine Schwierigkeit für eine Anerkennung dieser Fachstellen als zuständige Partner liegt für Sie als Ärzte möglicherweise in einem gegenwärtig noch recht verbreiteten Unterschied der berufsständisch anders gehandhabten Zuweisungspraxis von Sozialarbeitern und Ärzten. Ärzte überweisen sich die Patienten gegenseitig oder weisen einen Patienten in ein Spital ein. Die bestehenden Kol-

---

<sup>2</sup> Das Wort "Schnittstelle" ist der Sprache der Computertechnik entlehnt. Ich meine damit den Bereich der Zusammenarbeit, wo zwei Arbeitsgebiete sich konkret Fragen, Informationen, Aufträge etc. übermitteln. Der Begriff soll präziser den Kontaktpunkt zweier Organisationen umschreiben, als dies Wörter wie "Zusammenarbeit" oder "Koordination" tun. Damit eine Schnittstelle bei einem Computer funktioniert, müssen die verschiedenen Parameter zwischen Sender und Empfänger genau aufeinander abgestimmt sein. An der Schnittstelle selber müssen die Übermittlungsparameter zweier Geräte identisch sein.

legialitätsregeln ermöglichen eine solche Vorgehensweise. Bei Sozialarbeitern steht das Anbieten ihrer fachlichen Tätigkeit im Vordergrund der Zusammenarbeit. Zuweisungen sind ihnen ein eher fremdes Wort. Es suggeriert Unfreiwilligkeit und Unmündigkeit. Ein beidseitiges Klären einer tauglichen Schnittstelle zwischen Hausarzt und einer sozialarbeiterisch geführten Alkoholberatung ist sicherlich lohnend. Die Ärzte sollten sich das Recht auf Überweisung an die Alkoholberatungsstellen erwirken. Die Beratungsstellen sollten sich explizit auf eine solcherweise definierte Schnittstelle mit den Hausärzten einlassen mit gleichem anschliessendem Beurteilungsfreiraum, wie ich ihn oben bei der konsiliarischen Tätigkeit des Suchtberatungsdienstes der KPK beschrieben habe.